

Jak lekarze rodzinni
przetrwają kolejną reformę

Dopóty dzban wodę nosi,
dopóki się POZ nie urwie

Chyba nie ma środowiska zawodowego branży medycznej, które by nie miało zastrzeżeń do przedstawionego projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Sam fakt, że uwagi w przebiegu procesu legislacyjnego zgłosiło dużo ponad 100 instytucji, organizacji i osób uprawnionych, świadczy o wielu wątpliwościach natury zarówno systemowej, jak i prawnej.

„Dodatkim dla lekarza POZ ma być premia za wyniki. Nasuwa mi się tylko jeden miernik wyniku pracy lekarza rodzinnego – niskie zaangażowanie środków powierzonych”

Warto jednak uzmysłowić sobie, jak wielka może być to zmiana ogólnosystemowa, skoro już umiejscowienie POZ w systemie ochrony zdrowia różni się od dotychczasowego. Ustawa określa bowiem, że zespół lekarza podstawowej opieki zdrowotnej „jest częścią systemu ochrony zdrowia, w ramach której zapewniany jest dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń” (cytat z projektu ustawy).

Podstawowa komórka... zdrowotna

Łącząc treść projektu z zapowiedziami ministra zdrowia, należy widzieć nową, bardzo szeroką rolę POZ. Zespół składający się z lekarza rodzinnego, pielęgniarki, położnej i dietetyka ma nie tylko poszerzyć zakres dotychczasowych świadczeń, ale wręcz przejąć usługi wykonywane na rzecz pacjentów przez inne obszary systemu.

Najbardziej kontrowersyjne wydaje się przejęcie koordynacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Czyżby chodziło o to, aby system mógł zaprzestać bezpośredniego finansowania AOS, licząc na to, że lekarz rodzinny nie tylko zdecyduje o konieczności konsultacji specjalistycznej, lecz także będzie weryfikatorem zasadności finansowania badań diagnostycznych? Ze wstępnych zapowiedzi reformy dowiedzieliśmy się, że lekarz POZ otrzyma budżet na porady AOS, a także na diagnostykę. Dodatkowo (na razie nie wiemy, na jakich zasadach przyznawanym) ma być premia za wyniki. Nasuwa mi się tylko jeden miernik „wyniku” pracy lekarza rodzinnego – niskie zaangażowanie środków powierzonych.

To zupełny odwrót od pierwotnych założeń reformy – powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdzie jednym z haseł było zapewnienie przez kasy chorych finansowania leczenia nawet w prywatnych poradniach specjalistycznych oraz wolny wybór świadczeniodawcy. Pieniądze miały iść za pacjentem.

Konstrukcja systemu

W dotychczasowej konstrukcji systemu POZ była świadczeniem finansowanym ze środków publicznych. Warto zatem zadać pytanie, czy to jest początek końca ustawy o świadczeniach. Jeśli wyodrębni się regulację

dotyczącą tylko tego zakresu i wskazuje, że w jego ramach mieścić się będą inne – finansowane, to kolejnym etapem może być „wyprowadzenie” z systemu lecznictwa zamkniętego, uzdrowiskowego czy stomatologicznego. Niektóre zakresy mogą przestać istnieć w sposób naturalny, poprzez skoordynowanie ich z innymi (np. rehabilitacja z leczeniem szpitalnym). Magiczne słowo „koordynacja” przewija się w różnych projektach tej reformy, a w zakresie POZ ma szczególny wymiar – koordynacja będzie bowiem obligatoryjna dla pacjentów od 1 lipca 2019 r.

Wobec uzyskanego przez świadczeniobiorców prawa do wyboru świadczeniodawcy ustalenie obligatoryjności podlegania opiece zintegrowanej może stać w sprzeczności z dotychczasowymi regułami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Trudno sobie bowiem wyobrazić, że lekarz POZ zapewni pacjentowi możliwość uzyskania konsultacji specjalistycznej u tego specjalisty, którego preferuje świadczeniobiorca. Dokonujący wyboru pacjent jest zatem skazany na decyzję koordynatora, którym nie jest lekarz rodzinny.

Sporo niewiadomych

Niestety, całość projektu odwołuje się do aktów wykonawczych, których jeszcze nie znamy. A właśnie szczegółowe mechanizmy organizacji udzielania świadczeń mogą okazać się kluczowe dla przyszłości całej opieki zdrowotnej, nie tylko dla samego lecznictwa otwartego. Z lektury projektu wyłania się obraz systemu, w którym zespół lekarza POZ ma zapewnić pacjentowi bieżące porady zarówno w zakresie internistycznym, jak i specjalistycznym, a powierzony budżet na konsultacje specjalistyczne i diagnostykę ma być rozwiązaniem racjonalizującym wydatki płatnika.

Rodzi się jednak pytanie o odpowiedzialność lekarza POZ za decyzję o uruchomieniu budżetu, jaką zrzuca na niego system. Wszak nie jest to decyzja czysto finansowa, ale raczej merytoryczna. Można sobie wyobrazić sytuację, w której płatnik nie zawiera umów z lecznicami AOS na dotychczasowych zasadach, lecz zdaje się na decyzję lekarza rodzinnego i jego relacje ze specjalistą. Dodatkowo można przyznać swoistą premię za optymalne wykorzystanie powierzonego budżetu, co nie w każdym przypadku będzie działało na korzyść pacjenta.

Przypadek? Nie sądzę...

Z całą pewnością umiejscowienie zespołu POZ jako odrębnej części systemu nie było przypadkowe. Jest to jeden z elementów naczyń połączonych, którego główną funkcją będzie zmniejszenie liczby świadczeń AOS, a niejednokrotnie również liczby hospitalizacji. W tym drugim obszarze regulacje ograniczające zawarte są już w przepisach dotyczących sieci szpitali oraz w zasadach ich finansowania.

Trzeba jednak mieć na uwadze, jak wielki jest wymiar świadczeń opieki specjalistycznej. W poradniach prowadzeni są pacjenci wymagający stałej kontroli i modyfikacji leczenia przez specjalistę. O ile spora ich część może być pod opieką lekarza rodzinnego, o tyle wielu chorych musi korzystać z zasobów wyspecjalizowanych placówek. Trudno przecież będzie lekarzowi POZ monitorować pacjentów np. okulistycznych, choć teoretycznie będzie mógł nawiązać stałą współpracę w tym zakresie z gabinetem lekarza okulisty. Jednak czy dla odsiania grupy chorych niekoniecznie wymagających stałego nadzoru AOS należy dokonywać tak gruntownej zmiany? Czy rękami lekarza rodzinnego można przeprowadzić swoistą selekcję i od nowa zbudować strukturę AOS – koordynowanej przez lekarza rodzinnego? Sporo zależy od finansów, wszak koszty interdyscyplinarnego, kompleksowego działania nowego POZ będą wysokie. Oczywiście można sobie wyobrazić, że dotychczasowy budżet na opiekę specjalistyczną oraz diagnostykę zostanie przekazany do dyspozycji lekarza rodzinnego, jednak jeśli ten ma oszczędzić pieniądze, to musi sam zrobić więcej. Jeżeli zatem podejmie decyzję, że korzystanie przez pacjenta z porady specjalistycznej nie jest racjonalne, będzie musiał tej porady udzielić sam.

Diagnostyka

Niejednokrotnie będzie mu do tego potrzebna dodatkowa diagnostyka. Tu pojawia się kolejny problem – zbyt mała liczba lekarzy rodzinnych. Obawiam się, że w tej sytuacji nie pomoże nawet nowa definicja lekarza rodzinnego. Zgodnie z art. 5 projektu ustawy o POZ lekarz POZ to lekarz, który:

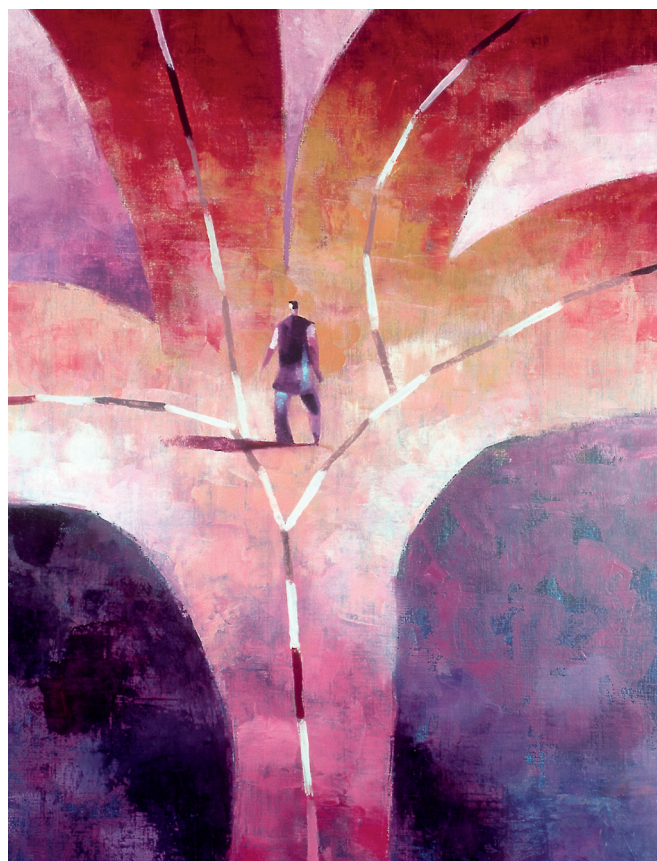
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej

– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł taką umowę.

Nie jest to pierwszy przypadek, gdy lekarz, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, nazwany jest już specjalistą. Taka konieczność.

Podobnie określono uprawnienia pielęgniarki POZ. Zgodnie z art. 6 projektu ustawy o POZ pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, internistycznego, opieki długoterminowej albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, internistycznego, opieki długoterminowej, albo



Fot. gettyimages.com/Todd Davidson

„Projekt odwołuje się do aktów wykonawczych, których jeszcze nie znamy. A właśnie szczegółowe mechanizmy organizacji udzielania świadczeń mogą okazać się kluczowe dla przyszłości całej opieki zdrowotnej”

- odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, internistycznego, opieki długoterminowej, albo
- odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, internistycznego, opieki długoterminowej, albo
- posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa – z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń POZ albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł taką umowę.

Pewnym pocieszeniem może być otwarcie ponad 300 nowych rezydentur. Jednak z uwagi na fakt, że średnia wieku lekarza POZ to 69 lat, wszystkie te zabiegi mogą się okazać niewystarczające.

„Trudno będzie lekarzowi POZ monitorować pacjentów np. okulistycznych, choć teoretycznie będzie mógł nawiązać stałą współpracę w tym zakresie z gabinetem lekarza okulisty”

Pierwszy kontakt

Może jednak cała ta rewolucja ma jakiś sens? Zwłaszcza z punktu widzenia reformatorów, którzy niekoniecznie wdrażany model uważają za docelowy. Warto przypomnieć sobie pierwotną definicję i funkcję lekarza rodzinnego, którego praca związana była z możliwie bliskim kontaktem z zadeklarowanymi pacjentami, a owa personalizacja miała budować poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Wszystko rozpoczęło się od lekarza pierwszego kontaktu. Ten, jak sama nazwa wskazuje, starał się ograniczyć swoje działania tylko do pierwszego kontaktu i szybko kierował chorego do kolejnego zakresu świadczeń.

W kolejnej modyfikacji modelu stawiano przede wszystkim na medycynę rodzinną i kompleksowość tych świadczeń skupiała się na identyfikacji problemów zdrowotnych oraz odpowiednim pokierowaniu pacjentów w systemie. Czy zatem obecna reforma nie zmierza pośrednio do dawnego wzorca? Trudno uwierzyć, aby konstrukcja zespołu lekarza rodzinnego mogła się utrzymać dłużej wobec zbudowanej przez lata samodzielności zawodu pielęgniarki czy położnej. Trudno dać wiarę zapewnieniom, że lekarz specjalista przestanie opiekować się w sposób ciągły pacjentem, a będzie tylko konsultantem lekarza rodzinnego. Przecież jedno nadal jest niezmiennie – wola pacjenta, nadrzędne znaczenie jego poczucia bezpieczeństwa, któremu nie sprzyjają rewolucyjne zmiany i wrażenie chaosu, w którym nie wie, jak będzie mógł dostać się do specjalisty, u którego leczy się od 10 lat.

Spodziewam się zatem rozwarstwienia, a nie koordynacji i spójności świadczeń, a co za tym idzie – populacji pacjentów. Część uczestników rynku medycznego zorganizuje sobie niezależne, odrębne miejsca, w których będzie zabezpieczać swoje potrzeby zdrowotne, a część ograniczy oczekiwania do domniemanych możliwości systemu. Jeśli ktoś będzie chciał się leczyć u „swojego specjalisty”, to poszuka możliwości korzystania z jego usług prywatnie. Ktoś inny przyjmie retorykę reformy i zda się na możliwości swojego lekarza POZ, który może znów stać się lekarzem pierwszego kontaktu, bo na więcej kontaktów nie będzie

miał czasu, a poczucie odpowiedzialności zawodowej niejednokrotnie też będzie go do tego zmuszało. Czy wówczas nie okaże się, że zataczamy koło, wracając do dawnego modelu? Różnica może będzie taka, że dodatkowo nowy lekarz pierwszego kontaktu, zwany zespołem, będzie odpowiedzialny za racjonalne wykorzystanie środków na porady specjalistyczne i diagnostykę. W niektórych kwestiach może warto wrócić do rozwiązań z pierwotnego modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz w inne nie ma sensu brnąć.

System kapitałowy

Od początku kapitałowy system finansowania POZ budził wiele kontrowersji poszczególnych ekip rządzących, jednak nigdy nie udało się od niego odejść. Tymczasem teraz minister zdrowia nie tylko od niego nie odchodzi, ale wręcz go pogłębia i zwiększa kompetencje tego zakresu. W ślad za tymi kompetencjami powinny pójść również pieniądze, ale już wiemy, że tak się nie stanie.

Czy szpitale przejmą POZ

Mam poczucie, że całość zmian w systemie to ogromny ciężar, który napiera na ostatnie ogniwo reformy – ustawę o POZ. Spora rzesza pacjentów będących pod opieką poradni szpitalnych będzie migrować do lekarza POZ w nadziei uzyskania możliwości kontynuacji leczenia u swojego specjalisty. Specjaliści poradni szpitalnych zajmą się pracą na oddziałach oraz poradniach „przyoddziałowych”, gdzie będą mogli zapewnić chorym jedynie poradę poszpitalną przez 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Niejednokrotnie pacjent jest zapisany na listę oczekujących w poradni prowadzonej przez szpital i teraz będzie musiał... no właśnie, co będzie musiał? Szukać porady prywatnie? Czy też zgodnie z zapewnieniami ministra zdrowia okres przejściowy pozwoli mu na doczekanie się tej porady i to specjalista, mając perspektywę zmiany w systemie, skieruje go do lekarza POZ?

Tak jak w zakresie leczenia szpitalnego projekt finansowania świadczeń kreuje nową usługę, którą onegdaj nazwałbym hospiradą, tak w zakresie POZ jawi nam się nowy typ świadczenia – koordynacja rodzinno-specjalistyczna. Chyba że szpital, przewidując takie zagrożenie, podejmie trud uruchomienia własnego zespołu POZ. Wówczas, przy dobrej organizacji, jest w stanie zatrzymać całą populację pacjentów pod swoją opieką. Wszak lekarz POZ pracujący dla szpitala skieruje chorego do specjalisty, a jeśli uzna to za potrzebne, również do szpitala (swojego). Tam wykonane zostaną badania i pacjent znów wróci do POZ. Warto spojrzeć, jak wiele szpitali otwiera lub rozbudowuje poradnie POZ, a perspektywa zakontraktowania nocnej i świątecznej pomocy przez placówki wchodzące w skład sieci jest dopełnieniem kompleksowości, rozumianej przez szpital jako zapewnienie utrzymania zasobów oraz populacji.

Dodatkowe obowiązki

Ciężar naporu ze strony szpitali nie jest jedyny. Nie można zapominać o dotychczasowych i ciągle poszerzanych kompetencjach POZ. W zakresie jej działań jest przecież profilaktyka, szczególnie opieka nad określonymi grupami pacjentów, medycyna szkolna i cały kompleks opieki pielęgniarek i położnych. Wskazanie, że zespół lekarza POZ stanowi część systemu opieki zdrowotnej w połączeniu z regulacjami sieci szpitali uzupełnionymi szeroko rozumianą koordynacją, daje nam wizję istotnego uproszczenia struktury systemu. Wyraźnie widać bowiem dwa filary: szpital i POZ. Pierwszy z nich zapewnia leczenie stacjonarne i związane z nim poradę specjalistyczną oraz rehabilitację, drugi natomiast „całą resztę”. Jaką resztę? Taką, jaką uda się tam upchnąć, jaka zmieści się w granicach możliwości tych zespołów. Chodzi nie tylko o możliwości kadrowe, lecz także możliwości finansowe systemu, który przez lata był rozdrabniany na zakresy i rodzaje świadczeń, by lepiej monitorować i racjonalizować koszty. Identyfikacja kosztów i potrzeb, niestety, często niesie ze sobą konieczność poniesienia konsekwencji wiedzy, jaką się zdobywa.

Rozdrobnione świadczenia, usługi i procedury są identyfikowalne, a ich koszt policzalny, jednak w przypadku finansowania kapitałowego czy budżetowego nie jest to już takie przejrzyste. Może właśnie o to chodzi. Wszak rozdrobniony koszyk świadczeń wiecznie identyfikuje nowe potrzeby, a decyzja o jego ograniczeniu jest trudna i często niemożliwa ze względów politycznych. Tworząc prostą strukturę opartą na budżetach (szpitalnych, powierzonych, kapitałowych), można to niewdzięczne zadanie przenieść na świadczeniodawcę. To on, mając na względzie wielkość budżetu, będzie ograniczał koszyk świadczeń gwarantowanych do granicy bezwzględnych potrzeb zdrowotnych pacjenta.

Wymowne milczenie

Czy takiej właśnie roli chcą lekarze POZ? Stanowisko organizacji zrzeszających lekarzy rodzinnych w konsultacjach projektu ustawy jest dość jednoznaczne. Projekt im się nie podoba, a brak szczegółowych rozwiązań nie pozwala im na jego akceptację. W historii już nieraz mieliśmy okazję odczuć, co oznacza sprze-



Fot. iStockphoto.com

„Nadrzędna powinna być wola pacjenta, jego poczucie bezpieczeństwa. Nie sprzyjają mu rewolucyjne zmiany i wrażenie chaosu, w którym nie wie, jak będzie mógł dostać się do specjalisty, u którego leczy się od 10 lat”

ciw lekarzy rodzinnych, nie mieliśmy jednak okazji zobaczyć braku sprzeciwu. Choć tak naprawdę widzimy go od dłuższego czasu – bowiem mimo iż projekt ma już kilka miesięcy, to na szczęście lekarze rodzinni pracują normalnie, zwiększa się dostęp pacjentów, a nawet powstają nowe, przyszpitalne praktyki. Wygląda na to, że tym razem organizacje POZ wyraziły swoją opinię w konsultacjach, wierząc, że Ministerstwo Zdrowia zmodyfikuje ustawę lub od niej odstąpi. Jednak czy wówczas pacjent będzie mógł się czuć – wg słów Konstantego Radziwiłła – „w całości zaopiekowany”?

Rafał Janiszewski

Autor jest właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.

POZ zdaniem resortu

Jako podsumowanie artykułu warto zacytować informacje przedstawione przez ministra zdrowia na stronie internetowej resortu (źródło: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/poz-z-perspektywy-pacjenta/>):

Co wpłynie na poprawę opieki nad pacjentem

- Lekarz POZ będzie „strażnikiem systemu” – uzyska rolę przewodnika (koordynatora) pacjenta w systemie.
- Efektywna praca tzw. zespołu POZ – w jego skład wejdą lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Dzięki temu kompetencje członków zespołu będą się uzupełniały.

- Współpraca zespołu POZ z osobami, które będą udzielały specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (m.in. w ramach AOS i leczenia szpitalnego) oraz specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, fizjoterapeutą i psychologiem) – będzie ona polegała m.in. na wymianie informacji.

Opieka zintegrowana

Projekt ustawy przewiduje także wprowadzenie – od 1 lipca 2019 r. – modelu opieki zintegrowanej. Będzie to szerszy katalog badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych zapewnionych w ramach POZ.